

FECHA DE HOY \_\_\_\_\_

**REGISTRO DEL PACIENTE****INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

PRIMER NOMBRE	SEGUND NOMBRE	APELLIDO	OTRO NOMBRE O APODO
CORREO ELECTRÓNICO			
DOMICILIO			FECHA DE NACIMIENTO
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> SOLTERO(A)
TELÉFONO DE CASA <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	TELÉFONO CELULAR <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	TELÉFONO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

<b>SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, PROPORCIONE LO SIGUIENTE</b>	NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR	RELACIÓN <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/> ABUELOS <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> TUTOR LEGAL		
	CORREO ELECTRÓNICO			
	DOMICILIO <input type="checkbox"/> IGUAL QUE ARRIBA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	TELÉFONO DE CASA <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	TELÉFONO CELULAR <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	TELÉFONO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
	¿CON QUIÉN VIVE EL MENOR? <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> OTROS (POR FAVOR ESPECIFIQUE) _____			

**INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA**

PERSONA PARA CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	RELACIÓN
PARIENTE MÁS CERCANO QUE NO VIVA CON USTED	NÚMERO DE TELÉFONO	RELACIÓN

**EL MAYOR COMPLEMENTO QUE NUESTROS PACIENTES NOS PUEDEN DAR ES REFERIR A SU FAMILIA Y AMISTADOS**

¿A QUIÉN PODEMOS AGRADECER POR REFERIRLE? FAVOR DE PROPORCIONAR NOMBRE COMPLETO	¿ES PACIENTE NUESTROS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO – ELIGE ABAJO
¿CÓMO SE ENTERO DE NUESTRA OFICINA? <input type="checkbox"/> NUESTRA PÁGINA WEB <input type="checkbox"/> CARTELÓN <input type="checkbox"/> SU EMPLEADOR <input type="checkbox"/> PUBLICACION/CINDICATO DE UNION <input type="checkbox"/> EVENTO PÚBLICO <input type="checkbox"/> COMPAÑÍA DE SEGUROS <input type="checkbox"/> BUSCQUEDA EN LÍNEA <input type="checkbox"/> MEDIO SOCIAL <input type="checkbox"/> CENTRO DENTAL DE EMPLEADOS _____	

**SI USTED TIENE SEGURO DENTAL, POR FAVOR PROPORCIONE LO SIGUIENTE CON SU TARJETA DE SEGURO**

SEGURO PRIMARIO	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO	TELÉFONO DEL SEGURO
NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR
NOMBRE DEL ASEGURADO	
FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
NÚMERO DE IDENTIDAL DEL ASEGURADO	NÚMERO DE GRUPO
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	
SÍ ES ESTUDIANTE, NOMBRE DE EL COLEGIO	<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO

SEGURO SECUNDARIO	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO	TELÉFONO DEL SEGURO
NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR
NOMBRE DEL ASEGURADO	
FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
NÚMERO DE IDENTIDAL DEL ASEGURADO	NÚMERO DE GRUPO
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	
SÍ ES ESTUDIANTE, NOMBRE DE EL COLEGIO	<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO

POR FAVOR FIRME EN LA PARTE POSTERIOR DE LA HOJA...

**REGISTRO DEL PACIENTE**

## CONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

**Reconocimiento de la Autorización de Pago por el Seguro:** Por este medio yo autorizo y ordeno que se paguen directamente a Access Dental/Blue Hills Dental los beneficios de mi seguro dental. De otro modo serían pagados a mí y por los servicios prestados. En el caso que la compañía de seguro me envíe el pago por error, entiendo que soy responsable de remitir dicho pago inmediatamente a Access Dental/Blue Hills Dental.

**Reconocimiento de Responsabilidad Financiera:** Estoy de acuerdo de ser responsable por el pago de todos los servicios que se presten en mi nombre o a nombre de mis dependientes. Entiendo que el pago debe efectuarse en el momento de recibir el servicio, a menos que se hayan hecho otros acuerdos. En el caso de que los pagos no se reciban en las fechas acordadas, entiendo que es posible que se sume a mi cuenta el 1-½% (18% tasa anual) de cargo por atraso o \$15 de cargo por atraso por pago tardío. También estoy de acuerdo en informar a Access Dental/Blue Hills Dental de cualquier cambio de domicilio o número telefónico dentro de los siguientes 30 días de dicho cambio. En el caso que no cumpla con ello, autorizo a Access Dental/Blue Hills Dental a utilizar todos los medios debidos, inclusive el uso de registros de historial de credito, para averiguar mi nueva dirección para propósitos de cobro.

**Aviso de Prácticas de Privacidad:** Reconozco que he recibido information sobre prácticas de privacidad, que describe las formas en que la práctica puede utilizar y divulgar mi información de salud para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica u otros usos descritos permitidos y divulgaciones, entiendo que me permite en contactar a mi Oficial de Privacidad designado en la notificación si tengo una pregunta o queja. En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información para los fines descritos en la Comunicación de la práctica de prácticas de privacidad.

**Reconocimiento de Materiales Dentales Hoja Informativa:** Reconozco que he recibido y leído la Hoja de Datos de Materiales Dentales antes de iniciar el trabajo restaurativo dental en Access Dental/Blue Hills Dental.

---

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

---

FIRMA DE LOS PADRES/PERSONA RESPONSABLE

FECHA

---

RELACIÓN CON EL PACIENTE